UNIVERSITE PARIS VI

Faculté de Médecine Broussais-Hôtel-Dieu

1975 N° 153

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR:

PIERRE OHANIAN

NÉ LE 3 AOÛT 1948 A VIROFLAY (YVELINES)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE:

APPORT DE L'EXAMEN FIBROSCOPIQUE DANS LES HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES DES CIRRHOTIQUES

PRÉSIDENT : MONSIEUR JEAN-PIERRE ETIENNE PROFESSEUR

FACULTE DE MEDECINE

BROUSSAIS
HOTEL DIEU

Année 1975 N°

THESE
pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(doctorat d'Etat)

par

Pierre OHANIAN
né le 3 août 1948 à Viroflay (Yvelines)

Présentée et soutenue publiquement le

APPORT de l'EXAMEN FIBROSCOPIQUE dans les HEMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES des CIRRHOTIQUES

Président : Monsieur Jean-Pierre ETIENNE, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur Jean-Pierre ETIENNE

Professeur agrégé

Chef de service à l'hôpital Antoine Beclere (Clamart)

Doyen de la Faculté de Médecine Kremlin-Bicêtre

qui nous a fait l'honneur de présider

cette thèse ;

en témoignage de mon profond respect

A Monsieur le Professeur J. J. BERNIER

Directeur de l'enseignement du Certificat d'Etudes Spéciales des maladies de l'appareil digestif

Chef du service des maladies de l'appareil digestif à l'hôpital Saint-Lazare

qu'il trouve ici l'assurance de notre respectueuse considération

A Monsieur Edouard HOUSSET

Doyen de la Faculté de Médecine Broussais - Hôtel Dieu

Professeur de clinique médicale

A Monsieur Paul MILLIEZ

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine Broussais -

Hôtel Dieu

Professeur de clinique médicale

en témoignage de notre profonde reconnaissanc

pour l'enseignement qu'ils nous ont dispensé

A Monsieur Jean-Claude CHAPUT

Professeur agrégé à l'hôpital Antoine Beclere (Clamart)

pour les conseils qu'il a prodigués dans

la préparation de cette thèse ;

en témoignage de ma profonde gratitude

A mes maitres dans les hôpitaux :

M. le Professeur JUSTIN-BESANCON (Hôpital Broussais)

M. le Docteur DURET (Hôpital N.D. du Bon Secours)

M. le Professeur MAURICE (Hôpital Broussais)

M. le Docteur MICHON (Hôpital St-Michel)

M. le Docteur BARRE (Hôpital de Versailles)

A mes Parents,

A ma Famille,

A tous mes Amis

P L A N D'E T U D E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

. INTRODUCTION

. METHODOLOGIE

I - Malades . . . . . p. 4

II - Appareillage . . . . . p. 5

III-Technique . . . . . p. 5

1) Délai

2) Préparation du malade

3) Méthode d'examen

4) Principes d'interprétation de l'examen

. RESULTATS

A - Lésions découvertes . . . . . p. 8

B - Causes de l'hémorragie . . . . . p. 9

I - Hémorragies de cause certaine . . . . . p. 9

II - Hémorragies de cause probable . . . . . p. 10

III - Hémorragies de cause indéterminée . . . . . p. 10

IV - Résultats globaux . . . . . p. 12

V - Efficacité diagnostique selon le moment de l'endoscopie p. 12

VI - Causes de l'hémorragie selon l'âge des malades. . . . . p. 12

C - Confrontations . . . . . p. 15

I - Influence médicamenteuse . . . . . p. 16

II - Influence de la crase sanguine . . . . . p. 17

1) Etude des plaquettes

2) Etude du taux de Prothrombine

3) Etude du taux de fibrinogène

4) Etude du temps de Céphaline-Kaolin

III - Abondance du saignement . . . . . p. 25

1) Gravité selon le mode d'extériorisation de l'hémorragie

2) Gravité selon le type de lésion découverte

3) Abondance du saignement chez les malades décédés.

IV - Mortalité post-hémorragique rapide . . . . . p. 25

1) Age

2) Délai

3) Lésion hémorragique en cause

. DISCUSSION

I - Confrontations avec la littérature . . . . . p. 31

II - Technique de l'endoscopie chez le cirrhotique qui fait une hémorragie digestive haute. . . . . p. 32

1) Difficultés d'interprétation des constatations endoscopiqu

a) Association lésionnelle

b) Création de lésions traumatiques

c) Varices oesophagiennes - Oesophagite

2) Moyens de les surmonter

a) Temps de l'examen

b) Matériel endoscopique utilisé

c) Problème de l'aspiration

d) Exploration minutieuse

c) Répétition de l'examen si nécessaire.

. CONCLUSIONS

. BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les hémorragies digestives des cirrhotiques sont préoccupant par leur fréquence (15 % des hémorragies digestives dans notre pays (4) et leur gravité. Leur traitement d'urgence repose sur la détermination aussi rapide et précise que possible de leur cause réelle.

L'examen fibroscopique oeso-gastroduodénal pratiqué en urgen est devenu le temps fondamental de l'exploration d'une hémorragie digestive haute (1,5). Appliqué au cirrhotique, il a permis de montrer en particulier que la fréquence des saignements d'origine oesophagienne avait jusqu' alors été surévaluée (10,13).

Il nous a donc paru intéressant de rapporter nos constatation en ce domaine à propos d'une série de 100 cas examinés avec un matériel adapté dans deux hôpitaux de la région parisienne.

M E T H O D O L O G I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Notre étude a duré deux ans, de janvier 1972 à janvier 1974.

100 cas d'hémorragies digestives chez 98 cirrhotiques ont été examinés.

I - MALADES -

Il s'agissait de 98 cirrhotiques suivis dans deux services hospitaliers différents, soit :

- 58 à l'hôpital Antoine Beclère de Clamart (service du Professeur J.P. Etienne)
- 40 à l'hôpital Broussais (service du Professeur E. Housset)

à l'occasion de 100 hémorragies digestives qui s'étaient extériorisées sous forme de

- hématemèses dans 84 cas
- mélaenas isolés dans 16 cas.

Les malades étaient du sexe masculin pour la plupart :

76 hommes
22 femmes

69 % d'entre eux étaient âgés de plus de 50 ans ; (c'est dans la tranche d'âge comprise entre 60 et 69 ans que l'accident hémorragique fut le plus fréquent = 30 % des cas).

Age en années	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Nombre de malades ayant saigné	1	8	22	22	30	17

Le diagnostic de cirrhose, certain dans tous les cas avait été confirmé anatomiquement par une laparoscopie et/ou une ponction biopsie hépatique et/ou une autopsie, notamment chez 15 malades qui n'avaient pas de varices oesophagiennes décelables endoscopiquement e radiologiquement. La cirrhose était d'origine alcoolique chez 94 malad post hépatitique chez les 4 autres.

.../..

II - APPAREILLAGE

- - Nous avons utilisé dans tous les cas un fibroscope à vision axiale OLYMPUS GIF D ou G I F D2) et lorsque cela a paru nécessaire un fibroscope à vision latérale (OLYMPUS GFBK ou JFB)

III - TECHNIQUE

1°/ Délai -

L'examen endoscopique a été fait le plus rapidement possible après l'admission du malade dans le but de découvrir la source précise encore active du saignement.

Il a précédé l'examen radiologique.

Dans certains cas, la fibroscopie a été réalisée au lit, chez les malades fatigués impossibles à mobiliser (par exemple en assistance respiratoire).

2°/ Préparation du malade

L'endoscopie digestive en urgence a été faite après :

a) Evaluation de la gravité du saignement, par les critères cliniques et biologiques

b) Mise en place d'un cathéter de gros calibre, au membre supérieur droit, permettant de gros débits de perfusion et la prise de la pression veineuse centrale

c) Mise en route des transfusions de sang

d) La pose préalable d'une sonde gastrique pour vérifier la présence de sang dans l'estomac et laver la muqueuse n'a pas été réalisée.

En effet, l'absence de sang à l'aspiration gastrique ne prouve pas l'absence de lésion hémorragique gastro-duodénale d'une part ; d'autre part le passage de la sonde et surtout l'aspiration peuvent provoquer des lésions traumatiques de la muqueuse gastrique ou oesophagienne qui gênent l'interprétation endoscopique.

e) Prémédication

Elle n'est pas toujours indispensable.

On a utilisé l'association : DIAZEPAM (Valium) (1 injection intraveineuse d'1/2 ampoule dosée à 10 mg) + Bromure de N.BUTYL-HYOSCINE (Buscopan) (1 injection intraveineuse d'1 ampoule dosée à 20 mg), qui devient inutile lorsqu'existent des troubles de la conscience.

... /..

L'anesthésie laryngée a été obtenue en faisant avaler au malade 1 cuillérée à soupe de gel de LIGNOCAÏNE un quart d'heure avant l'examen.

3°/ Méthode d'examen

Le malade est placé en décubitus latéral gauche, la tête fléchie en avant ; on introduit le fibroscope en s'aidant de l'index et du médius de la main gauche pour abaisser la base de la langue vers l'avant, protéger la paroi postérieure du pharynx et diriger l'extrêmité de l'appareil vers la bouche oesophagienne ; des mouvements de déglutitio facilitent le passage.

La progression se fait ensuite sous contrôle de la vue.

On examine l'oesophage de haut en bas, en lavant au fur et à mesure pour ne pas interpréter comme saignement oesophagien un reflux de sang provenant de l'estomac.

La minutie avec laquelle sont explorés les différents segments explique que dans notre expérience l'examen soit deux à trois fois plus prolongé qu'une fibroscopie habituelle.

Si le diagnostic n'est pas établi au terme de cette première endoscopie, il peut être utile de la reprendre après lavage de l'estoma à l'eau glacée, soit immédiatement, soit 24 - 48 H. après. Un apparei à vision latérale peut alors être utilisé avec profit lorsque la lésion es difficile à voir en vision axiale.

4°/ Principes d'interprétation de l'examen

Pour chacune des hémorragies digestives, nous avons cherché à déterminer la cause précise du saignement, ce qui nous a conduit à classer les conclusions de l'examen endoscopique en trois catégories selon le degré d'assurance :

a) hémorragies de cause certaine

Pour affirmer qu'une lésion était certainement responsable de l'hémorragie, nous avons exigé de la voir saigner ou de découvrir à son niveau un signe d'hémorragie récente (caillot fibrino-cruorique adhérent, tache noire nécrotico-hémorragique).

b) hémorragies de cause probable

L'endoscopiste n'a vu qu'une seule lésion susceptible de saigne sans trace de saignement à son niveau ni signe d'hémorragie récente.

c) hémorragies de cause indéterminée

Plusieurs lésions susceptibles de saigner ont été découvertes sans signe d'hémorragie en cours ou récente au niveau de l'une d'elles

R E S U L T A T S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A - LESIONS DECOUVERTES

Lésions		Nombre	Pourcentage
Varices oesophagiennes et gastriques		81	42,2 %
Gastrites et ulcères aigus		58	30,2 %
Ulcères gastro duodénaux chroniques		13	6,8 %
Hernies hiatales		13	6,8 %
Oesophagites		11	5,7 %
Gastrites atrophiques		11	5,7 %
Tumeurs	Polypes Tumeurs malignes	3) 2) 5	2,6 %
		192	100 %

L'endoscopie pratiquée chez les 98 cirrhotiques de notre série à propos des 100 hémorragies digestives a permis de découvrir au total 192 lésions, susceptibles de saigner pour la plupart, soit en moyenne "1,9" lésions par hémorragie digestive.

La majorité des lésions observées est représentée par les varices oesophagiennes ou gastriques (42,2 %) et les gastrites hémorragiques - ulcères aigus (30,2 %) soit 72,5 % du total.

.../...

B - CAUSES DE L'HEMORRAGIE

I - HEMORRAGIES DE CAUSE CERTAINE

L'endoscopiste a vu la lésion saigner ou a découvert à son niveau un signe d'hémorragie récente.

Lésions	Nombre	%
Gastrites et ulcères aigus	33	50
Lésions oesophagiennes hémorragiques	23	35
Ulcères gastro-duodénaux chroniques	8	12
Tumeurs malignes	2	3
	66	100

La cause certaine du saignement a été établie dans 66 cas sur 100. Les lésions responsables, par ordre de fréquence décroissante sont :

. les gastrites et ulcères aigus,
. les lésions oesophagiennes hémorragiques
. les ulcères gastro-duodénaux chroniques
. les tumeurs malignes

1°) Les "Gastrites et ulcères aigus" représentent dans ce groupe la majorité des lésions observées (50 %). Au nombre de 33, elles comportent des gastrites hémorragiques, ulcèreuses, purpuriques et des ulcères aigus (11 cas sur 33).

2°) La rubrique "Lésions oesophagiennes hémorragiques" regroupe toutes les causes hémorragiques d'origine oesophagienne, qu'il s'agisse de :

- varices oesophagiennes isolées
- ou de varices oesophagiennes associées à des lésions d'oesophagite, le mécanisme exact du saignement étant dans ces cas là difficile à préciser.

On a reconnu 6 oesophagites dont 2 mycotiques confirmées par les examens bactériologiques.

3°) Parmi les 8 ulcères gastro-duodénaux découverts, 5 sont gastriques et 3 bulbaires.

4°) Les 2 tumeurs malignes de la série ont été révélées par leur complication hémorragique.

II - HEMORRAGIES DE CAUSE PROBABLE

L'endoscopiste n'a vu qu'une seule lésion susceptible de saigner sans trace de saignement à son niveau ni signe d'hémorragie récente.

Lésions	Nombre
Varices oesophagiennes	10

Il s'agissait dans 10 cas sur les 100 hémorragies digestives étudiées, de varices oesophagiennes isolées, ne saignant pas lors de l'examen endoscopique.

Il était logique de les rendre responsables du saignement bien qu'on n'ait pu éliminer l'éventualité d'une gastrite hémorragique labile.

La présence de sang dans l'oesophage était inconstante :

- A 2 reprises, l'endoscopie en a révélé mais un lavage à l'eau a permis de constater que les varices oesophagiennes ne saignaient pas ; leur responsabilité n'a donc pu être déterminée avec certitude.

- Dans les 8 autres cas, il n'y avait déjà plus de sang ; l'examen endoscopique avait été tardif par rapport à la dernière extériorisation sanguine dans 5 de ces cas.

III - HEMORRAGIES DE CAUSE INDETERMINEE

L'endoscopiste a découvert plusieurs lésions susceptibles de saigner sans signes d'hémorragie au niveau de l'une d'elles.

.../...

Lésions	Nombre
Varices oesophagiennes + gastrites et ulcères aigus	20
Varices oesophagiennes + ulcères gastro-duodénaux chroniques	2
Varices oesophagiennes + polype gastrique	1
Hernie hiatale + oesophagite + duodénite purpurique	1
	24

Les diagnostics indéterminés sont dans notre série au nombre de 24.

Ce chiffre résume les difficultés d'interprétation étiologique de l'hémorragie lorsque plusieurs lésions susceptibles de saigner sont découvertes à l'endoscopie.

Bien souvent, ils sont le fait d'un examen tardif quand l'hémostase s'est déjà produite, ou d'une agression mécanique secondaire qui a modifié les structures initiales.

Ainsi :

1°) A propos de l'association varices oesophagiennes + gastrites et ulcères aigus (20 cas)

- dans 9 cas, l'examen avait été fait tardivement par rapport à la dernière extériorisation sanguine (au-delà des 48 premières heures, entre le deuxième et le quinzième jour).

- dans 2 autres cas, au quatrième jour, et après pose d'une sonde de Blackemore.

2°) A propos de l'association varices oesophagiennes + ulcères gastro-duodénaux (2 cas)

- les 2 examens avaient été pratiqués tardivement, au quatrième jour et ne permettaient plus de révéler un stigmate d'hémorragie récente.

3°) A propos de l'association varices oesophagiennes + polype gastrique

- dans ce cas unique, le saignement de la varice était probable du fait de la découverte de zones pourpres à son niveau ; cependant l'hémorragie en rapport avec le polype ne pouvait être formellement éliminée.

IV - RESULTATS GLOBAUX

Dans notre série de 100 hémorragies digestives, la fibroscopie oeso-gastro-duodénale a permis d'établir les 3 possibilités diagnostiques dans les proportions suivantes

Hémorragies de cause Certaine	66 %
Hémorragies de cause Probable	10 %
Hémorragies de cause Indéterminée	24 %

Une cause certaine ou probable du saignement a donc été découverte dans 76 % des cas (66 % + 10 %)

V - EFFICACITE DIAGNOSTIQUE SELON LE MOMENT DE L'ENDOSCOPIE

Dans notre série d'étude, l'examen endoscopique a été pratiqué rapidement, dès l'admission du malade dans le service hospitalier, mais le temps écoulé depuis la dernière extériorisation hémorragique était variable.

Les chiffres moyens de ces délais selon l'efficacité diagnostique de la fibroscopie sont les suivants :

	Délai moyen
Hémorragies de cause Certaine	1 - 2 jours
Hémorragies de cause (Probable (Indéterminée	4 jours

VI - CAUSES DE L'HEMORRAGIE SELON L'AGE DES MALADES

Dans cette classification, seules ont été considérées les lésions hémorragiques constituant un diagnostic certain ou probable.

.../...

Lésions / Age	Lésions oeso-phagiennes	Gastrites et ulcères aigus	Ulcères gastro-duodénaux chroniques	Tumeurs malignes	Total
20 - 29			1		1
30 - 39	5	2			7
40 - 49	10	4	2		16
50 - 59	5	8	3		16
60 - 69	7	11	2	1	21
70 - 79	5	8		1	14

Nous avons vu que 69 % des hémorragies digestives de notre série étaient survenues chez des malades de plus de 50 ans. En fonction de l'âge, les différentes lésions hémorragiques se répartissent de la façon suivante :

1°) Avant 50 ans

Lésions	Nombre	%
Varices oesophagiennes	15	62,5
Gastrites - ulcères aigus	6	25
Ulcères gastro-duodénaux chroniques	3	12,5
	24	100

Soit une prédominance des varices oesophagiennes constituant la cause réelle du saignement dans 62,5 % des cas de cette catégorie d'âge.

.../...

2°) Après 50 ans

Lésions	Nombre	%
Varices oesophagiennes	18	34,5
Gastrites - ulcères aigus	27	52
Ulcères gastro-duodénaux chroniques	5	9,5
Tumeurs malignes	2	4
	52	100

Dans cette seconde tranche d'âge, la cause réelle du saignement semble due plus fréquemment aux lésions de "gastrites hémorragiques - ulcères aigus" (52 % des lésions).

Par ailleurs les 2 tumeurs malignes de notre série d'observations ont été découvertes chez des malades de plus de 60 ans à l'occasion d'un accident hémorragique inaugural.

.../...

C - CONFRONTATIONS

A la lumière de l'examen endoscopique qui a permis de préciser la cause exacte de l'hémorragie digestive, il nous a paru intéressant de rechercher si un facteur particulier était lié à une cause précise de saignement.

Nous avons étudié dans ce sens :

a) la responsabilité éventuelle des médicaments "ulcérogènes"

b) celle des troubles de la crase sanguine

c) l'abondance du saignement en fonction de la lésion

d) la mortalité post-hémorragique rapide

.../...

I - INFLUENCE MEDICAMENTEUSE

Les mécanismes d'action, directs ou indirects des médicaments "ulcérogènes" sur la muqueuse digestive sont mal élucidés. Ils peuvent créer une lésion ou déclencher une hémorragie sur une lésion préexistante.

Les produits le plus souvent en cause sont l'acide acétylsalicylique, les corticoïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (type Indometacine, Phényl-butazone). Nous y avons ajouté les anticoagulants qui peuvent favoriser le saignement d'une lésion préexistante.

Dans notre série de 100 hémorragies digestives, nous avons relevé dans la période pré-hémorragique immédiate (inférieure à 24 heures) la prise de tels médicaments dans 27 cas.

La dose ingérée, variable, était le plus souvent minime (2 comprimés).

Il s'agissait de :

Médicaments	Nombre de cas	Fréquence respective	Fréquence globale sur les 100 hémorragies
Salicylates	21	77,5 %	21 %
Corticoides	1	4 %	1 %
Indometacine Phenyl-butazone	2	7,5 %	2 %
Anticoagulants	3	11 %	3 %
	27	100 %	27 %

Responsabilité éventuelle de ces médicaments

Parmi les 27 hémorragies digestives survenues sous traitement "ulcérogène" ou anticoagulant nous n'en avons retenu que 22 cas où la cause avait pu être établie avec certitude ou bonne probabilité.

De toutes les lésions rencontrées les "gastrites hémorragiques - ulcères aigus" sont les plus fréquentes.

.../...

La comparaison entre la cause du saignement et la nature du médicament pris avant l'hémorragie ne permet pas de trouver une différence significative permettant d'affirmer que tel médicament provoque tel type de lésion hémorragique.

Médicaments	Lésions oeso-phagiennes	Gastrites ulcères aigus	Ulcères gastro-duodenaux chroniques	Tumeurs malignes
Salicylates	4	12		
Corticoïdes	1			
Indometacine Phenyl-butazone	1			1
Anticoagulants	1		1	1
	7	12	1	2

CONCLUSIONS

27 % des hémorragies digestives sont survenues après la prise d'un médicament connu pour donner des lésions éventuellement hémorragiques du tractus digestif supérieur (aspirine et antiinflammatoires) ou pour en favoriser le saignement (anticoagulants). Il est difficile cependant d'apprécier la part réelle de ce facteur dans le déclenchement de l'hémorragie du cirrhotique ou dans le déterminisme d'une lésion particulière.

Seule l'évaluation statistique de la différence de fréquence de ces prises médicamenteuses entre les cirrhotiques ayant saigné et des cirrhotiques n'ayant pas saigné pourrait permettre d'affirmer la responsabilité de ces drogues dans la survenue de l'hémorragie.

Le petit nombre de nos cas ne permet pas cette évaluation.

II - INFLUENCE DE LA CRASE SANGUINE

A propos des 60 cas d'hémorragies digestives relevés à l'hôpital Antoine Beclère, nous avons étudié l'hémostase de ces malades pour rechercher si un trouble particulier de l'hémostase pouvait être relié à une cause précise de saignement.

.../...

Ont été appréciés :

a) les plaquettes

b) les éléments du complexe prothrombique par mesure du taux de Prothrombine et souvent des différents facteurs (facteur II Prothrombine ; facteur V = pro-accélérine ; facteur VII = proconvertine ; facteur X ou facteur de Stuart)

c) le taux de fibrinogène

d) le temps de Céphaline-Kaolin (T. C. K.) comme test de coagulation globale

1°) la THROMBOPENIE est fréquente

- Nous relevons dans notre série un chiffre de plaquettes inférieur à 150 000 dans 84 % des cas (42/51 cas mesurés) (tableau I)

- Dans les 51 cas où une numération de plaquettes a été faite, les causes de l'hémorragie sont les suivantes :

varices oesophagiennes	=	18 cas (tableau II)
gastrites et ulcères aigus	=	18 cas (tableau III)
autres cas	=	15 cas

Le pourcentage respectif de ces causes est analogue à celui de la série complète des 100 hémorragies digestives. Il est donc licite de rechercher si les malades qui ont une thrombopénie inférieure à 150 000 ont une cause de saignement particulièrement fréquente.

Parmi les 42 malades qui ont moins de 150 000 plaquettes les causes de l'hémorragie sont :

varices oesophagiennes	=	15 cas
gastrites et ulcères aigus	=	14 cas
autres cas	=	13 cas

Cette répartition, analogue à celle du groupe total des 100 hémorragies digestives permet de dire que la thrombopénie n'est pas reliée à une cause précise de saignement

- Par contre la thrombopénie est peut-être plus accentuée chez les malades décédés, puisqu'un chiffre de plaquettes inférieur à 100 000 a été noté chez 60 % des sujets décédés dans les 48 heure suivant l'accident hémorragique (8/13 cas) et seulement chez 40 % des sujets survivants (15/38 cas)/

.../...

2°) le taux de PROTHROMBINE est modérément abaissé :

- Sur 54 malades, la moyenne est de 60 % ; il est inférieur à 70 % dans 74 % des cas et inférieur à 50 % dans 42 % des cas (tableau IV)

- Il n'est pas plus perturbé dans un type lésionnel particulier puisque la moyenne est de 66 % au cours des hémorragies par varice oesophagiennes (19/54 cas) et de 60 % lors des gastrites hémorragiques - ulcères aigus (17/54 cas)

- Il n'est pas plus abaissé non plus chez les malades décédés, puisqu'en moyenne égal à 56 % dans ces cas (13/54 cas) et à 63 % chez les sujets survivants (41/54 cas).

3°) le taux de FIBRINOGENE (tableau V) est également peu abaissé puisque le taux moyen est de 2, 36 g/litre sur 49 cas. Il est inférieur à 2 g/litre chez 45 % d'entre eux.

- On n'observe pas de différence significative selon le type de lésion hémorragique rencontrée, puisqu'il est en moyenne égal à 2, 35 g/litre lors des saignements par varices oesophagiennes et à 2, 28 g/litre au cours des gastrites hémorragiques

- Par contre le déficit est plus important chez les sujets décédés puisque 70 % d'entre eux avaient moins de 2 g/litre de fibrinogène (9/13 cas).

4°) Temps de CEPHALINE KAOLIN (T. C. K.)

- L'allongement moyen du T. C. K. par rapport au témoin est égal à 9 secondes sur la totalité des malades étudiés (53 cas) (tableau VI)

- Selon le type de lésion rencontrée, il est de 7 secondes chez les sujets ayant saigné de varices oesophagiennes (19/53 cas) et de 13 secondes, chez ceux ayant saigné de gastrite hémorragique (18/53 cas)

- Cet écart est plus important chez les individus décédés puisqu'égal en moyenne à 16 secondes chez ceux ci (13/53 cas) et à 7 secondes seulement chez les sujets ayant survécu à l'épisode hémorragique (40/53 cas).

CONCLUSIONS

Il faut noter, chez ces malades cirrhotiques vus en hémorragie digestive qu'il n'existe pas de différences suggérant une relation entre un trouble particulier de l'hémostase et une cause précise d'hémorragie.

Ces troubles sont plus intenses chez les sujets décédés au décours de leur accident hémorragique, mais la différence n'est

TABLEAU I

Etude des plaquettes chez les cirrhotiques

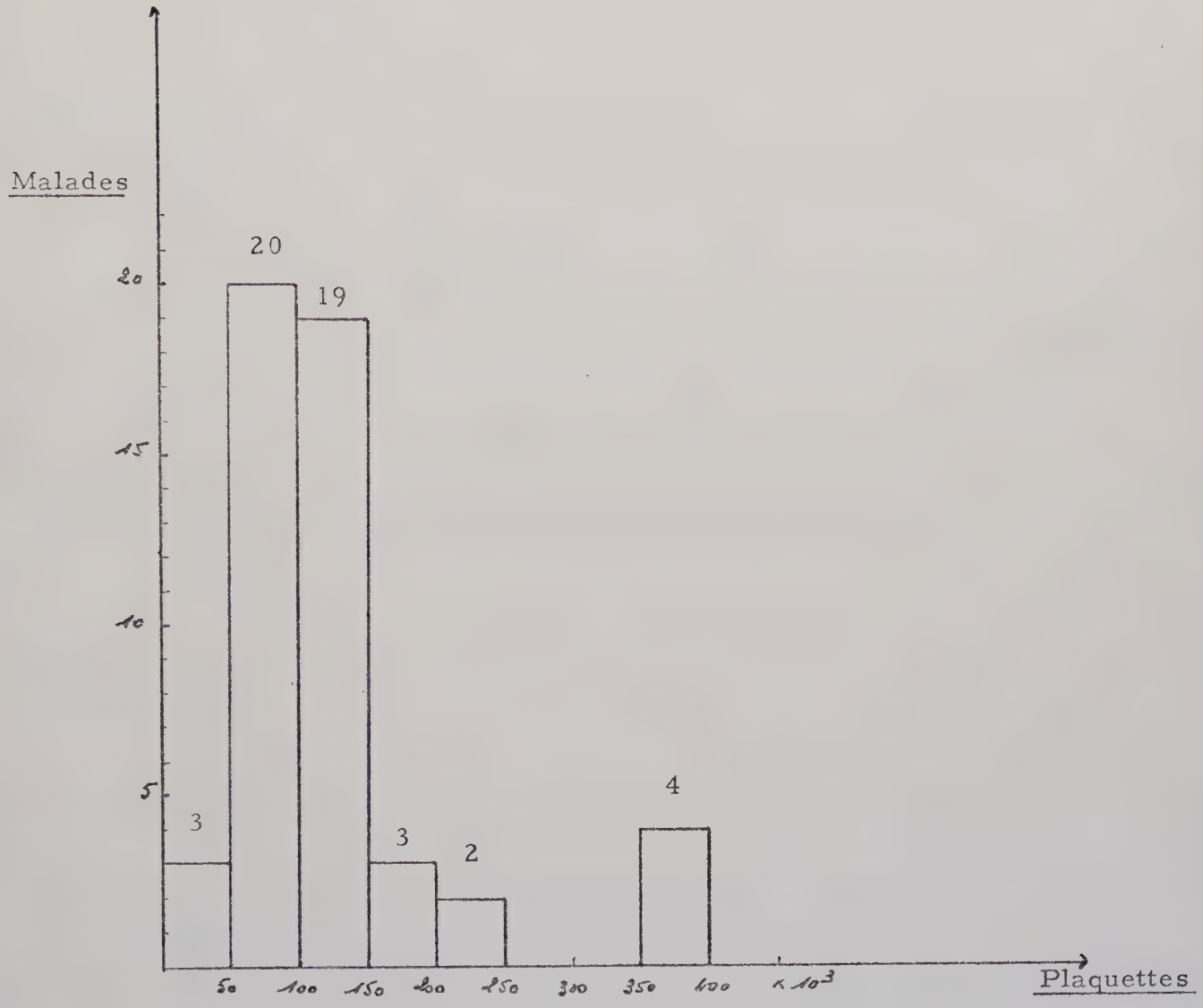


TABLEAU II

Etude des plaquettes chez les malades ayant saigné de varices oesophagiennes

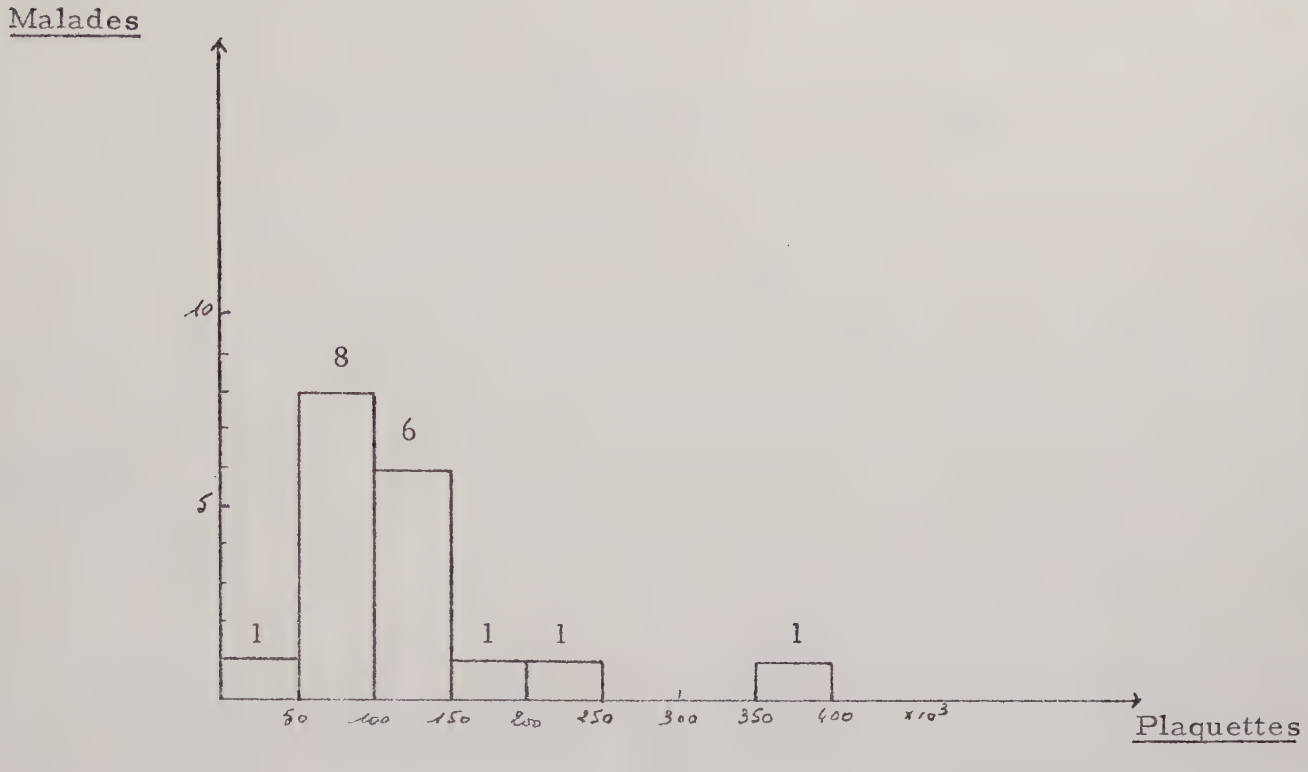


TABLEAU III

Etude des plaquettes chez les malades ayant saigné par gastrite hémorragique

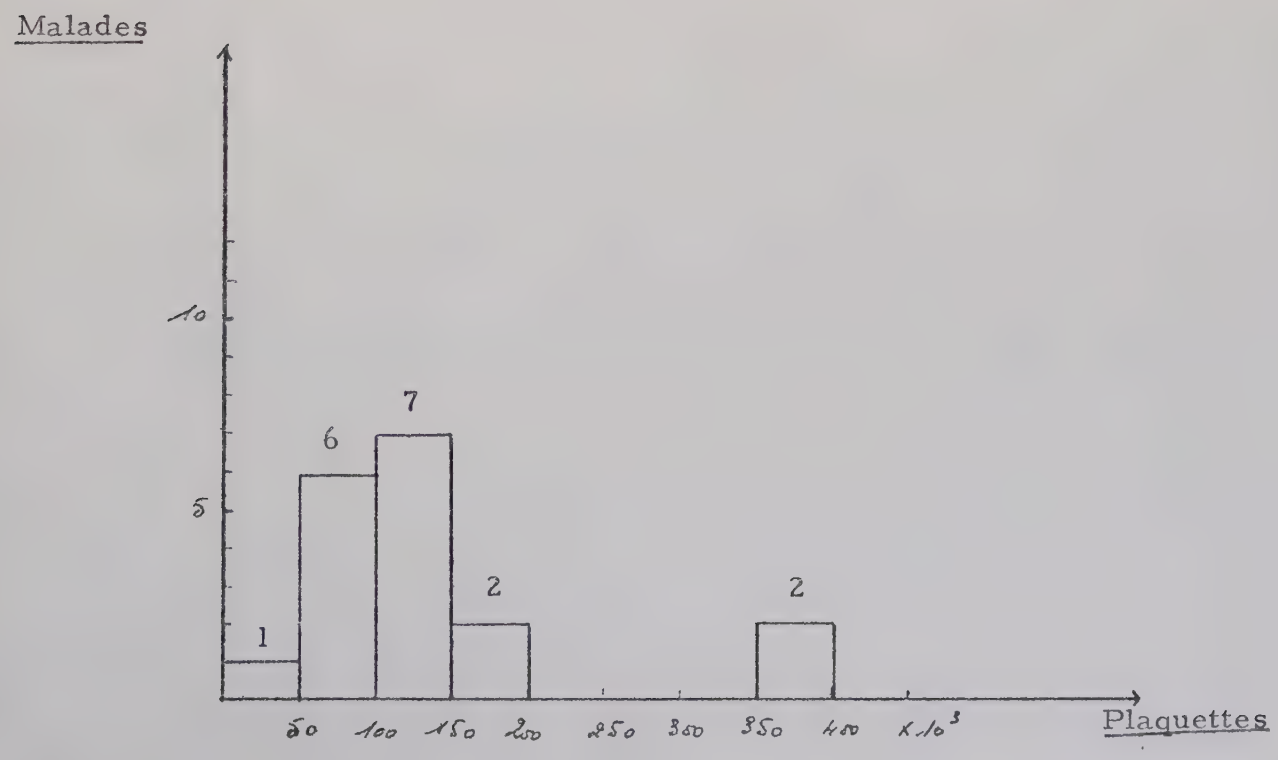


TABLEAU IV

Etude du Taux de Prothrombine chez les cirrhotiques

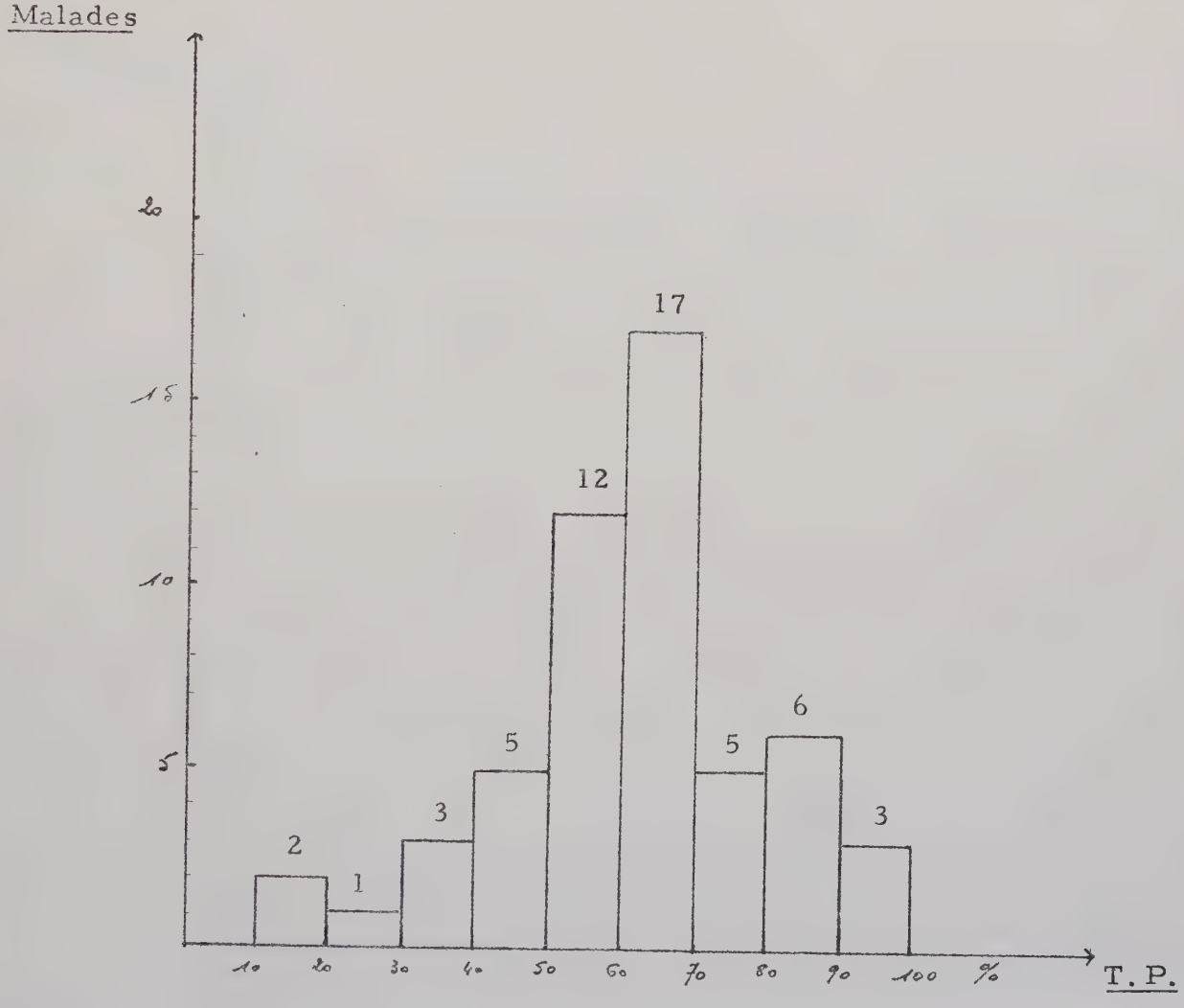


TABLEAU V

Etude du Taux de Fibrinogène chez les cirrhotiques

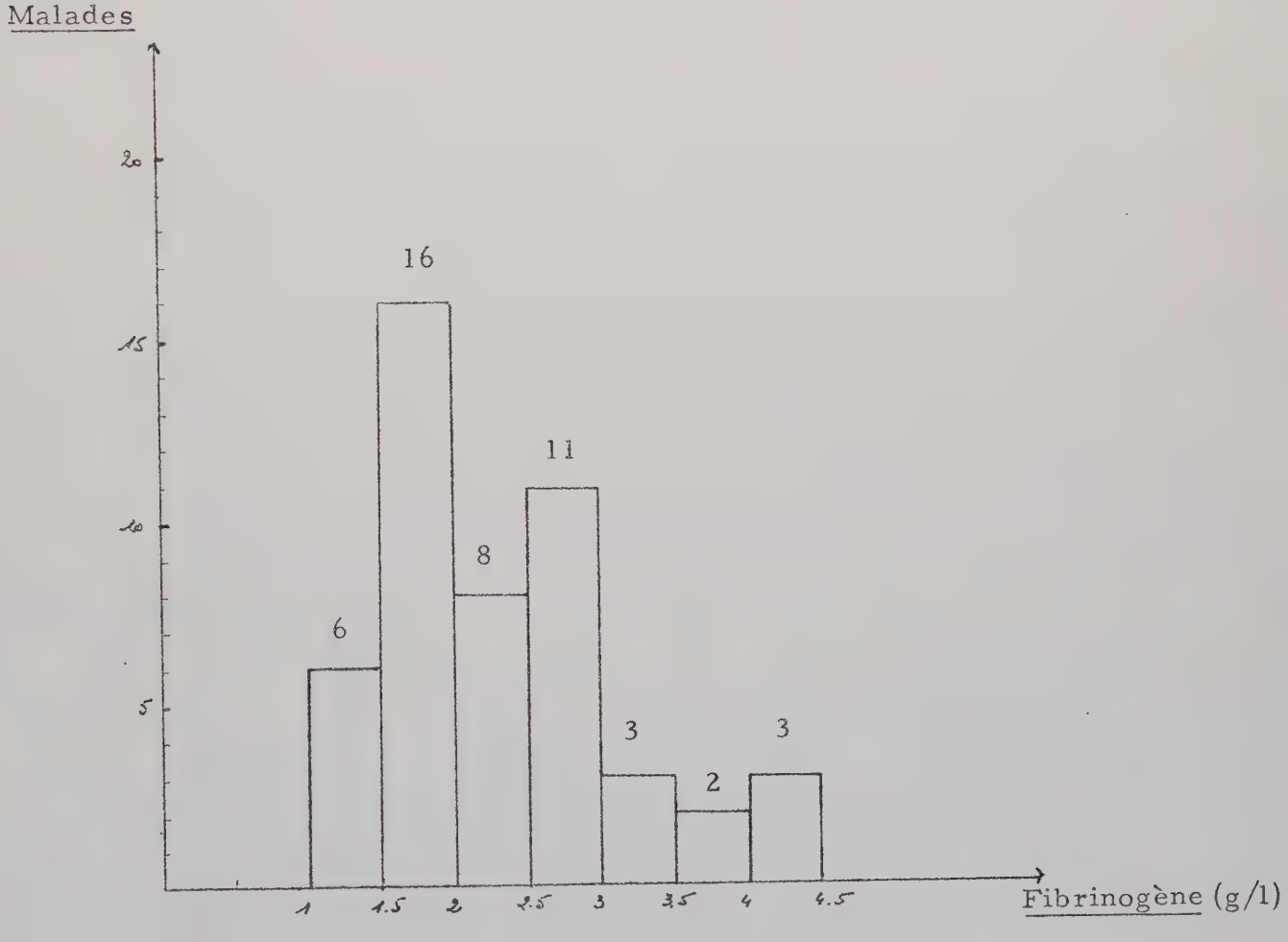
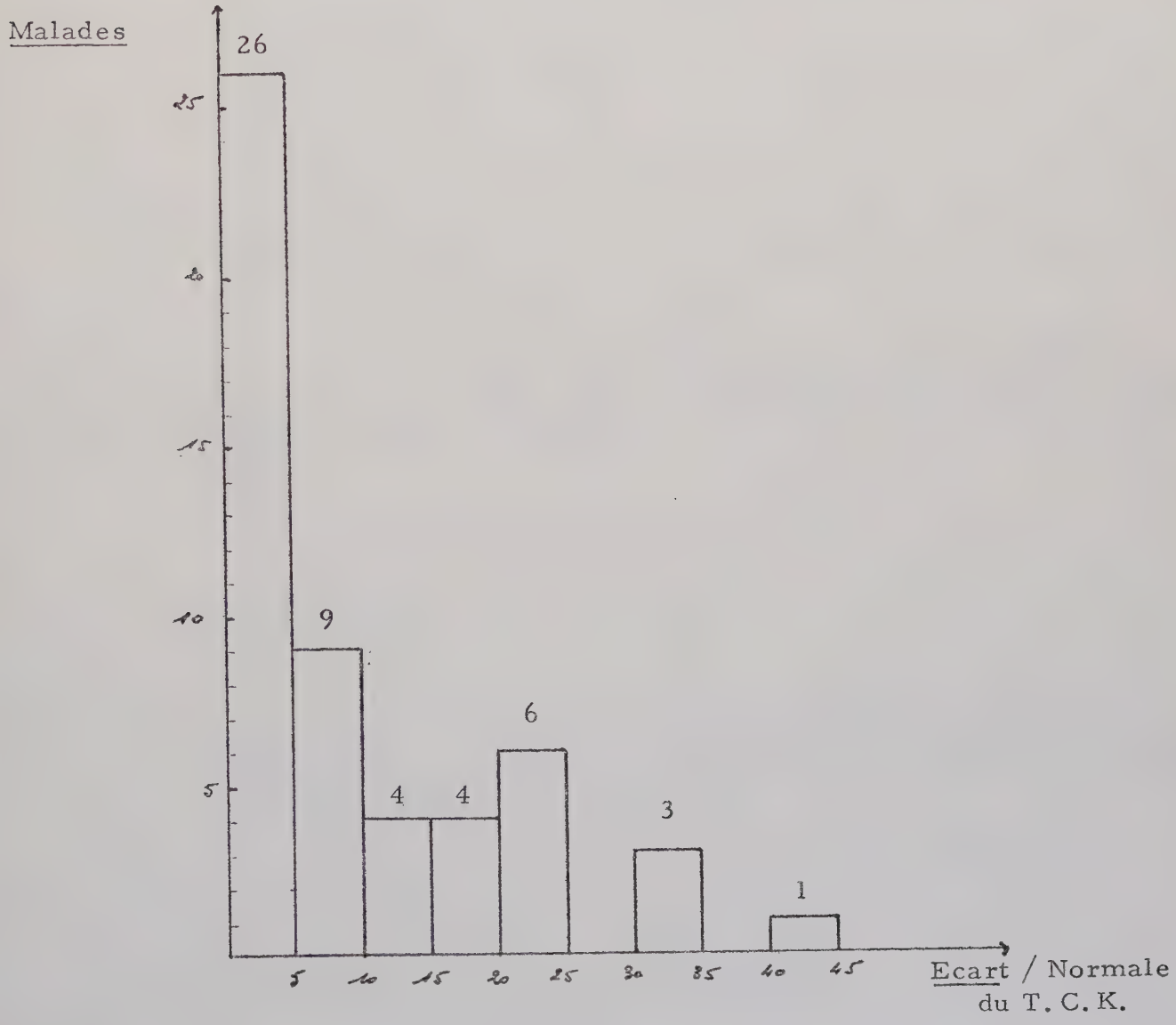


TABLEAU VI

Etude du Temps de Cephaline Kaolin chez les cirrhotiques



III - ABONDANCE DU SAIGNEMENT

Nous avons jugé de la gravité de l'hémorragie digestive par le nombre de flacons de sang reçus par le malade.

1°) Gravité selon le mode d'extériorisation de l'hémorragie

Parmi les hémorragies digestives de notre série, on a relevé :

84 hématémèses et 16 mélaenas isolés.

Il a fallu en moyenne 14 flacons de sang pour mener à bien la réanimation d'une hématémèse et 11 flacons pour un mélaena.

2°) Gravité selon le type de lésion découvert

L'étude a porté sur les 60 hémorragies digestives observées à l'hôpital Antoine Beclère, à propos des lésions prédominantes que sont chez les cirrhotiques la rupture de varices oesophagiennes et les lésions aigues (gastrite hémorragique - ulcère aigu) de la muqueuse gastrique.

On a compté que pour obtenir une réanimation satisfaisante, il fallait en moyenne ; 14, 5 flacons de sang en cas d'hémorragie par varices oesophagiennes et 10, 5 flacons pour les gastrites et ulcères aigus. Cela peut suggérer la plus grande abondance et la plus grande gravité des hémorragies provenant de varices oesophagiennes.

3°) Abondance du saignement chez les malades décédés

L'évolution de l'hémorragie a été fatale dans 15 cas sur les 60 observations étudiées à l'hôpital Antoine Beclère, soit dans 25 % de la série.

Ces malades ont reçu en moyenne 17 flacons de sang.

CONCLUSIONS

L'extériorisation de l'hémorragie digestive sous forme d'hématémèse semble plus abondante. Les saignements d'origine oesophagienne sur varices sont en moyenne plus importants que ceux dus à une gastrite ou à un ulcère aigu.

Cependant les différences ne sont pas significatives.

IV - MORTALITE POST-HEMORRAGIQUE RAPIDE

Le saignement a été fatal dans 25 cas sur les 100 hémorragies digestives étudiées, soit dans 25 % des cas.

Nous avons en effet enregistré :

- 15 décès sur 60 dans la série de l'hôpital Antoine Beclère
- 10 décès sur 40 dans celle de l'hôpital Broussais.

1°) Age

L'âge moyen des sujets décédés (57 ans) était voisin de celui des malades restés vivants (56 ans).

2°) Délai

Dans tous les cas, la mort a été l'aboutissement d'une récidive hémorragique survenue après le jour J d'hospitalisation, dans un délai de :

- J + 2 : dans 10 cas sur 25 (40 % des cas) dont 1 après anastomose porto-cave d'urgence pour rupture de varices oesophagiennes
- J + 2 à 7 : dans 5 cas sur 25 (20 % des cas)
- Pour les 40 % restants, le délai de mortalité était plus allongé, compris entre 2 semaines et 3 mois. Cela peut s'expliquer par le fait que la moitié d'entre eux avait bénéficié d'un traitement chirurgical pour leur récidive hémorragique rapide. Parmi ces 10 malades, on en avait opéré 5 en effet par :

. pose d'un bouton de Boerema dans 3 cas pour rupture de varices oesophagiennes

. vagotomie-pyloroplastie dans 1 cas de gastrite hémorragique

. anastomose, porto-réno cave dans 1 cas de diagnostic lésionnel hémorragique indéterminé (varice oesophagienne et gastrite hémorragique coexistantes).

3°) Lésion hémorragique en cause

Parmi les 25 malades décédés, 3 n'ont pu être retenus pour cette analyse en raison de l'indétermination du diagnostic étiologique de l'hémorragie (association de varices oesophagiennes + gastrite ou ulcère aigu sans trace de saignement).

Lésions	Décès	Fréquence
Varices oesophagiennes	12	55 %
Gastrites et ulcères aigus	8	36 %
Ulcères gastro-duodénaux chroniques	2	9 %
	22	100 %

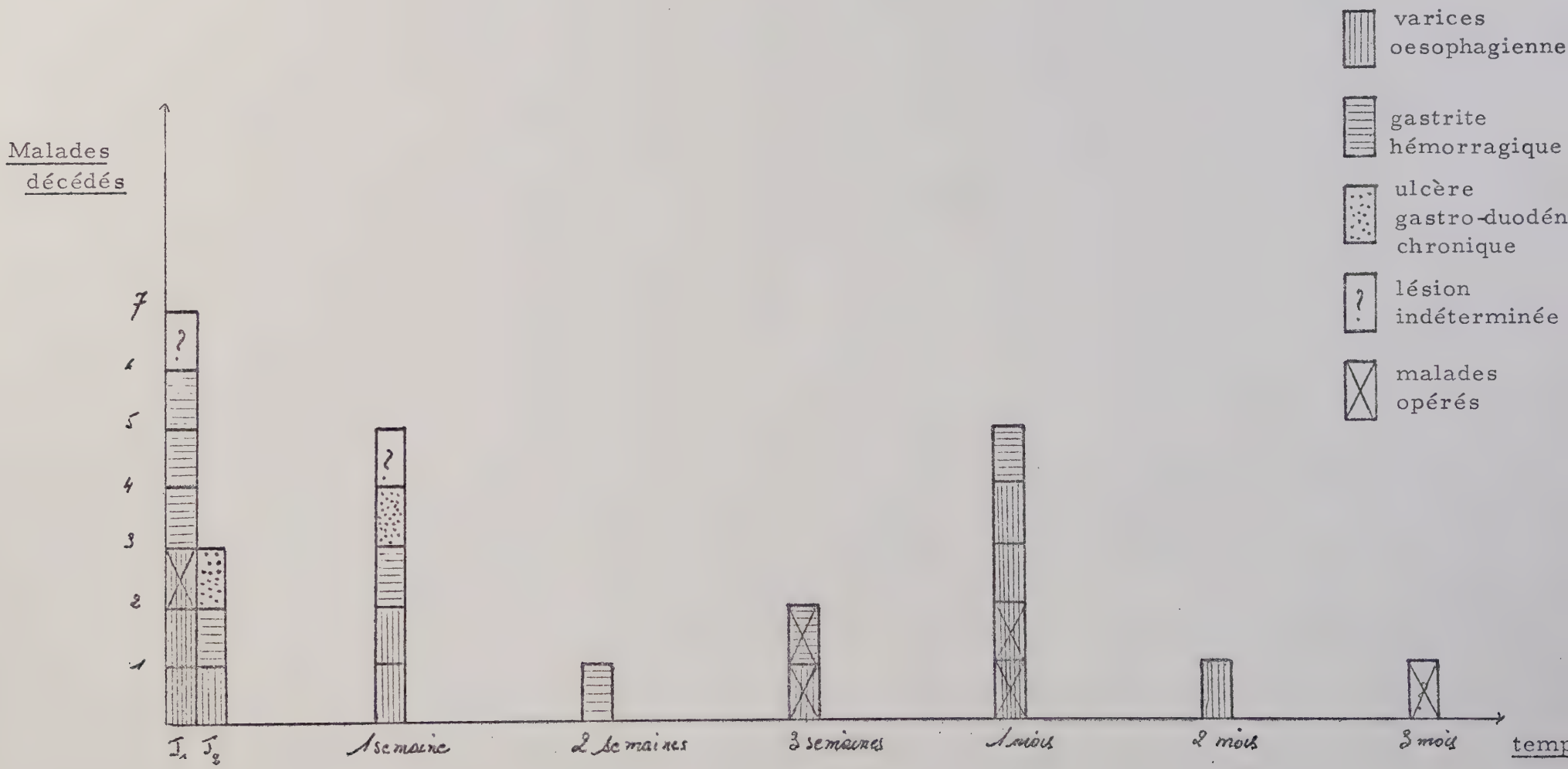
Dans les 22 autres diagnostics lésionnels considérés comme certains ou probables, la mortalité par rupture de varice oesophagien semblait plus fréquente : la responsabilité de cette lésion a été en effet retrouvée 12 fois sur 22 (55 % des cas).

CONCLUSIONS

L'hémorragie digestive a été fatale dans 25 % des cas par récidive survenue habituellement au cours de la première semaine d'hospitalisation.

Il semble que le saignement de varices oesophagiennes ait un pronostic plus sévère. Il représente en effet la cause certaine de l'hémorragie digestive chez 55 % des malades décédés alors qu'il ne représente que 28 % des causes d'hémorragie chez ceux qui survivent.

Mortalité post-hémorragique rapide



D I S C U S S I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'exploration endoscopique de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum est devenu le temps fondamental de l'enquête étiologique des hémorragies digestives hautes grâce à l'utilisation des appareils à fibres de verre, souples et orientables (1,5).

Au cours de ces quinze dernières années, de nombreuses publications ont souligné la valeur de l'endoscopie d'urgence au cours des hémorragies digestives.

C'est d'abord aux U.S.A. qu'elle a été étudiée vers les années 1960 dans le cadre de la conduite à tenir : "Approche vigoureuse du diagnostic" définie par Palmer et coll. (7)

Appliquée en France depuis 7 ans, cette méthode a fait baisser le taux des hémorragies de cause imprécise(3).

Chez le cirrhotique, l'hémorragie digestive était classiquement attribuée à la rupture de varices oesophagiennes découvertes radiologiquement.

L'endoscopie d'urgence a permis progressivement de modifier cette conception limitée en faisant découvrir d'autres lésions associées susceptibles de saigner et invisibles radiologiquement. C'est le cas en particulier des gastrites hémorragiques et ulcères aigus.

Ainsi, dans notre étude, nous avons retrouvé un égal pourcentage de lésions aigues et de varices oesophagiennes à l'origine du saignement, de 33 % dans chacun des cas. Il faut souligner cependant que tous les cas de gastrites et ulcères aigus ont été classés dans le groupe des hémorragies de cause certaine, alors que les varices oesophagiennes n'ont pu l'être que 23 fois sur 33, les 10 cas restant ne représentant que des varices isolées et ne saignant pas.

On pourrait émettre à ce sujet deux hypothèses :

- Croire à la lésion unique découverte : celle de la varice oesophagienne isolée, responsable de l'hémorragie, mais ne saignant plus lors de l'examen.

- Ou n'avoir pu mettre en évidence une gastrite hémorragique associée, très labile, déjà effacée au temps endoscopique.
Cela soulignerait davantage encore la part prise par ces lésions aigues longtemps méconnues.

...../...

I - Confrontations avec la littérature -

1°/ - L'efficacité de la fibroscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes n'est plus à discuter (1, 5, 6, 13)

2°/ - Chez le cirrhotique, la comparaison des constatations issues de notre étude avec celles qui ont déjà été publiées est difficile à faire.

En effet, le matériel endoscopique utilisé est souvent différent d'une équipe à une autre, et aussi quelquefois pour une même série selon la période d'étude. D'autre part les critères retenus pour affirmer qu'une lésion est responsable de l'hémorragie sont variables d'un auteur à un autre.

L'étude de la littérature montre pourtant bien l'apport de la fibroscopie en ce domaine. En 1972, Paris et coll. (13) par exemple rapportaient 92 % de diagnostics fibroscopiques établis avec certitude chez le cirrhotique.

Cependant les deux raisons essentielles évoquées précedemment expliquent la discordance dans les diagnostics établis par chacun à propos de la responsabilité respective des deux lésions principalement observées : varices oesophagiennes et gastrites hémorragiques - ulcères aigus.

En 1972, Glass et Khodadoost (9) utilisant pour leurs examens un gastroscope semi-rigide et un fibrogastroscope concluent que chez les cirrhotiques les varices oesophagiennes sont responsables de l'hémorragie digestive, dans 52 % des cas, les lésions aigues de la muqueuse gastrique dans 35 % des cas.

La même année, Paris et coll. (13) après avoir porté un diagnostic fibroscopique de certitude dans 92 % des cas, accusent la responsabilité hémorragique des varices oesophagiennes dans 30 % des cas seulement, celle des gastrites hémorragiques dans 50 % des cas.

En 1973, Miniconi et coll. (12) s'aidant d'un oesophagoscope long à visée axiale et d'un fibroscope latéral au besoin, découvrent la source hémorragique dans 64 % des cas. Les varices oesophagiennes hémorragiques représentent 38 % de l'ensemble des constatations endoscopiques, chiffre qui est porté à 62 % si l'on y adjoint celles isolées ne saignant pas ; les aspects de gastrite hémorragique ne représentent que 13 % du total....

.../.

II - Technique de l'endoscopie chez le cirrhotique qui fait une hémorragie digestive haute.

Nos constatations dans le diagnostic des hémorragies digestives du cirrhotique permettent de préciser l'intérêt de la fibroscopie oeso-gastro-duodénale pour parvenir à une détermination précise de l'origine du saignement, mais aussi de relever les difficultés rencontré pour l'interprétation correcte des résultats.

1°/ Difficultés d'interprétation des constatations endoscopique

a) l'association lésionnelle est fréquente (on a découvert en moyen près de 2 lésions par examen) et empêche de porter un diagnostic préci quant à l'origine du saignement lorsqu'aucune d'entre elles ne saigne ou ne porte de trace d'hémorragie récente. D'où la nécessité absolue d'effectuer l'examen endoscopique le plus rapidement possible après la dernière extériorisation hémorragique.

b) la création de lésions traumatiques sur muqueuse saine, ou la modification de structures pathologiques pré-existantes par l'intermédiaire d'un matériel de réanimation (sonde d'aspiration, de Blackemore) peut rendre difficile la reconnaissance précise de la source du saignement initial.

c) Varices oesophagiennes - Oesophagite
Les varices oesophagiennes coexistent souvent avec des lésions d'oesophagite et l'origine précise du saignement est alors difficile à préciser. Le saignement "en jet" pouvant faire penser à une rupture anatomique de varice oesophagienne n'est pas la constatation la plus fréquente ; il s'agit le plus souvent d'un suintement au niveau de l'une d'elles, évoquan plutôt une oesophagite hémorragique.

2°/ Moyens de les surmonter

a) Temps de l'examen

La précocité de l'examen fibroscopique oeso-gastro-duodénal améliore considérablement son efficacité dans la recherche du mécanisme précis de l'hémorragie. Les 24 % d'indétermination diagnostique de notre série s'expliquent dans une large mesure par le retard à l'exploration endoscopique, le calcul du délai moyen y étant supérieur à celui des hémorragies de cause certaine.

b) Matériel endoscopique utilisé

L'oeso-gastro-bulboscope long à visée axiale permet l'exploration d la totalité de l'oesophage, de l'estomac et du duodénum proximal (en pratique jusqu'au genu superius) . Cependant 3 zones peuvent demeurer difficiles à examiner : ce sont la calotte tuberositaire, la petite courbur antrale post-angulaire et la base du bulbe duodénal.

Lorsqu'aucune lésion hémorragique n'a été découverte, il est donc utile de compléter l'examen avec un fibroscope à visée latérale. Cependant ces problèmes de limitation du champ visuel selon le type d'appareil utilisé ne se pose plus depuis l'apparition récente sur le marché d'un fibroscope long à visée oblique.

c) Problème de l'aspiration

L'utilisation préalable de tout matériel susceptible d'irriter la muqueuse digestive doit être, à notre avis, évitée. C'est pourquoi nous ne faisons pas de lavage de la cavité gastrique avant l'examen endoscopique.

d) Exploration minutieuse

Elle est pratiquée de haut en bas, avec attention et en lavant progressivement, car l'apparition d'une hémorragie modérée dans une zone après contact de l'endoscope devient ininterprétable.

c) Répétition de l'examen si nécessaire

Lorsque la source de l'hémorragie n'a pu être précisée, il est utile de reprendre l'examen après lavage de l'estomac à l'eau glacée, soit immédiatement, soit 12-24 heures plus tard.

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Notre étude portant sur 100 cas d'hémorragies digestives survenues chez des cirrhotiques et ayant bénéficié d'une fibroscopie d'urgence nous a permis de porter les conclusions suivantes :

La cause du saignement digestif a été reconnue dans 76 % des cas ; ce chiffre associe 66 % de diagnostics certains et 10 % de diagnostics probables.

La découverte endoscopique chez un même malade de plusieurs lésions susceptibles de saigner mais sans trace d'hémorragie en cours ou récente, explique que dans 24 % des cas la cause du saignement n'ai pu être déterminée. La précocité de l'examen endoscopique améliore son efficacité : plus la fibroscopie est faite rapidement après la dernière extériorisation sanguine, plus elle a de chances de préciser l'origine réelle de l'hémorragie.

Les hémorragies digestives du cirrhotique relèvent essentiellement de deux groupes de causes : les "lésions oesophagiennes hémorragiques" et les lésions aigues de la muqueuse gastrique (gastrites hémorragiques, ulcères aigus) ; globalement, nous avons découvert ces deux groupes de lésions avec une égale fréquence (33 %) mais si l'on ne considère que les diagnostics étiologiques établis avec certitude, ce sont les lésions aigues de la muqueuse gastrique qui prédominent.

Il faut remarquer que les hémorragies d'origine oesophagienne ne répondent pas toujours à une rupture anatomique de varices mais peuvent aussi correspondre à des lésions d'oesophagite associée.

.../...

En confrontant l'âge des malades avec les divers types de lésions rencontrés, on constate que les hémorragies d'origine oesophagienne semblent survenir chez des sujets plus jeunes que les gastrites hémorragiques et les ulcères aigus.

La prise de médicaments agressifs pour les muqueuses digestives et en particulier d'acide acétyl-salicylique a précédé le saignement dans 27 % des cas.

Les facteurs de la coagulation sont souvent perturbés chez le cirrhotique. Mais nous n'avons pas observé de différences significatives dans l'importance des troubles de l'hémostase selon le type de lésion responsable de l'hémorragie.

L'abondance de l'hémorragie digestive semble plus grande en cas d'hématémèse et de saignement oesophagien.

Pour l'ensemble des 100 cas, la mortalité est de 15 % dans les 7 jours, et de 25 % dans les 3 mois qui suivent l'hémorragie digestive.

Il semble que les hémorragies d'origine oesophagienne soient plus fréquentes chez les malades qui meurent dans les 3 mois suivant le saignement (55 %) que chez ceux qui survivent (28 %).

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1 - BIGARD M A, LAURENT J, VICARI F, GAUCHER P et HEULLY F

La fibroscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes
Ann. Gastro - Enter - 1972 - 8 . 317, 328.

2 - DUPUY P, HOUSSET P, RUEFF B, DEROIDE J P, DEBRAY Ch et FARAH A

Intérêt de l'oesogastroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves. Sa place dans les méthodes de diagnostic (160 observations)
Ann. chir. 1972 - 26 - 1261, 1268

3 - DUPUY P et COULBOIS J

L'endoscopie d'urgence en gastro-entérologie
Rev. Prat. 1971 - 21 - 2615, 2623

4 - GUIVARC'H M

Les hémorragies digestives. Etiologies, fréquences, mécanismes et pronostic.
Rev. Prat. 1970 - 20 - 473, 505

5 - CAPELLE P, BITOUN A, BOGNEL JC, COFFIN JC, HUGUIER M LIGUORY C

La fibroscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes
Vie Med. 1973 - 36 - 4565, 4572

6 - LIGUORY Cl, CAPELLE Ph, BODIN F, HUGUIER M et CONTE M

La fibroscopie dans le diagnostic de 400 hémorragies digestives hautes
Communication au 2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive
Paris - 3-5 juillet 1972

.../...

7 - PALMER E D

The vigourous diagnosis approach to upper gastro intestinal tract hemorrhage
J. Amer - Med. Ass. 1969 - 207 - 8 - 1477, 1488

8 - MAC CRAY RS

Oesophagoscopy, gastroscopy and duodenoscopy in the diagnosis of gastro intestinal hemorrhage ; experience in both a city hospital and a general hospital
Communication au 2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive
Paris 3-5 juillet 1972

9 - GLASS G B J et KHODADOOST J

Erosive gastritis and acute gastro-duodenal ulcerations, a source of upper gastro-intestinal bleeding in liver cirrhosis
Arch. Fr. Mal. App. Dig. - 1972 - 61 - 439, 444

10 - MAC CRAY R. MARTIN F, AMIR AHMADI H, SHEAHAN D et ZAMCHECK N

Erroneous diagnosis of hemorrhage from oesophaged varices
Am. J. of Dig. Dis. 1969 - 14 - 755, 760

11 - LATASTE J et ROBIN B

Les hémorragies digestives hautes chez les cirrhotiques
P. M, 76, 7, 10-2-1968 - 307, 309

12 - MINICONI P, OUDEA P, PERRIN D, DELUMEAU C, LESCHALLIER de LISLE L, DEDIEU P et PROVOST P

Etiologie des hémorragies digestives hautes de la cirrhose alcoolique à propos de 100 cas fibroscopés et radiographiés avant la 48ème heure
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 1973 - 62 - 133, 139

.../...

13 - PARIS J, GERARD A, PARIS JC, DELMOTTE J S, FILOCHE B et LANSOY D

Les hémorragies digestives hautes des sujets cirrhotiques : endoscopie d'urgence
Communication au 2ème Congrès Européen d'Endoscopie Digestive
Paris 3-5 juillet 1972